

## Consentement éclairé : Prostatectomie radicale Version 1.1 (2011)

Je soussigné, .....

né le .....

certifie que, de commun accord avec le docteur ..... au cours de la consultation du .....

il a été décidé qu'une hospitalisation était nécessaire afin d'effectuer une prostatectomie radicale en date du .....

Le médecin traitant m'a fourni toutes les précisions par rapport à mon état de santé. Il m'a exposé en termes simples et compréhensibles l'évolution possible de mon état de santé si une intervention n'est pas décidée. Il m'a également informé de l'éventualité de traitements alternatifs avec leurs avantages et inconvénients.

Le médecin traitant m'a exposé clairement les composantes, le but et le degré d'urgence de l'intervention envisagée avec ses inconvénients, ses risques, ses effets secondaires à courts et longs termes.

La durée de l'intervention m'a également été expliquée.

Le médecin traitant a attiré mon attention plus précisément sur les points suivants :

- But de l'intervention : traitement du cancer prostatique localisé par la chirurgie
- Evènements importants ou fréquents :
  - Mise en place temporaire d'une sonde urinaire et d'un drain.
  - Impuissance suite à la lésion des nerfs érectiles .
  - Infertilité due à une non production de sperme durant les rapports sexuels.
  - Découverte de cellules cancéreuses en dehors de la prostate nécessitant un suivi ou un traitement adjuvant par la suite tel que radiothérapie ou traitement hormonal.
- Occasionnels :
  - Conversion de la laparoscopie en laparotomie suite à une hémorragie ou difficultés techniques
  - Pertes sanguines nécessitant une transfusion ou une ré-opération.
  - Incontinence urinaire temporaire ou définitive nécessitant une pose de prothèse ou une autre intervention
  - Perte lymphatique persistante nécessitant une prolongation de l'hospitalisation ou une ré-intervention.

- Rarement
  - Problèmes liés à l'anesthésie ou problèmes cardio-vasculaires nécessitant une hospitalisation en soins intensifs (tels que pneumonie, embolie pulmonaire, attaque cérébrale, thrombose veineuse profonde, infarctus)
  - Douleurs, infection ou hernie à proximité des incisions
  - Lésion rectale nécessitant très rarement une colostomie (temporaire)
  - Décès
  
- Spécifique à mon cas :
  - ...
  - ...

Je comprends également que la médecine clinique n'est pas une science exacte et que l'énumération des complications éventuelles ne peut être totalement complète. De même, je comprends qu'il n'y a pas de garantie quant au résultat final de l'intervention.

Le médecin traitant m'a informé du fait que l'équipe médicale peut être dans l'obligation d'élargir l'intervention à des traitements autres qui ne peuvent être prévus mais qui sont d'une nécessité médicale absolue pour le maintien ou l'amélioration de mon état de santé. Par la présente, je donne donc mon accord au médecin traitant d'effectuer, au cours de l'intervention prévue, tous les gestes opératoires complémentaires nécessaires.

Je comprends qu'aucune garantie ne puisse être donnée quant au fait qu'une personne bien précise effectue l'intervention mais celle-ci aura l'expérience requise.

Je déclare être au courant du coût relativement précis engendré par l'intervention programmée aussi bien ceux qui sont à ma charge que ceux pris en charge par l'assurance hospitalisation.

Le médecin traitant m'a laissé l'opportunité de poser toutes mes questions auxquelles il a répondu de façon claire et précise et totalement compréhensible.

Par la présente, je donne mon autorisation d'effectuer l'intervention décrite ci-dessus, sur les conditions détaillées ci-dessus.

Je donne mon autorisation pour effectuer, si nécessaire, une transfusion sanguine en per- ou postopératoire .

Je donne mon accord pour procéder avant, pendant, après l'intervention prévu ci-dessus a des enregistrements ou prises de photos qui pourraient plus tardivement servir de base pour une formation médicale ou une publication scientifique.

Je déclare avoir informé correctement et complètement le médecin traitant quant à mon état de santé actuel et avoir répondu honnêtement à ses questions.

Fait le ..... à .....

Nom du patient :

Signature du patient :

Nom du médecin qui a donné les informations :

Signature du médecin qui a fourni les informations :

Pour plus amples informations, vous pouvez toujours contacter le service d'urologie .....

N° du secrétariat : .....

E-mail : .....

Ce formulaire de consentement éclairé a été élaboré sous les auspices du groupe de travail "Quality of care" de l'asbl Société belge d'urologie (SBU)/VZW Belgische Vereniging voor Urologie (BVU), de l'Association professionnelle belge des urologues/Belgische Beroepsvereniging van Urologen (APUB/BBVU), du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS-VBS) et de l'asbl Belgian Association of Urology (BAU) pour le contenu clinique et du cabinet d'avocats Dewallens & partners BVBA pour le contenu juridique.

Les personnes morales susvisées, leurs représentants ou leurs préposés ne peuvent en aucun cas être tenus responsables des dommages éventuels pouvant résulter, de quelque manière que ce soit, de l'utilisation, du caractère incomplet ou de l'inexactitude de l'information contenue dans les présents documents.

Vous pouvez à tout moment obtenir une copie du présent document sur simple demande.